

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DES  
**ŒDÈMES NÉVRITIQUES**  
—<\*>—  
**THÈSE**

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 15 juillet 1914

PAR

**M<sup>lle</sup> Guitlia MINSKER**

Née à Vilna (Russie), le 8 août 1890.

**Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université**

(MENTION MÉDECINE)

---

Examineurs  
de la Thèse

RAUZIER, Professeur, *Président*.  
ESTOR, Professeur.  
GAUSSEL, Agrégé.  
ROGER, Agrégé.

} Assesseurs



MONTPELLIER  
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1914



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DES  
ŒDÈMES NÉVRITIQUES



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DES  
**ŒDÈMES NÉVRITIQUES**

---

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 15 juillet 1914

PAR

M<sup>lle</sup> Guitlia MINSKER

Née à Vilna (Russie), le 8 août 1890

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)



Examineurs  
de la Thèse

|   |                                         |   |                   |
|---|-----------------------------------------|---|-------------------|
| { | RAUZIER, Professeur, <i>Président</i> . | } | <i>Assesseurs</i> |
|   | ESTOR, Professeur.                      |   |                   |
|   | GAUSSEL, Agrégé.                        |   |                   |
|   | ROGER, Agrégé.                          |   |                   |



MONTPELLIER  
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1914

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

## Administration

|                 |            |
|-----------------|------------|
| MM. MAIRET (*). | DOYEN.     |
| SARDA           | ASSESEUR.  |
| IZARD           | SECRÉTAIRE |

## Professeurs

|                                                    |                   |
|----------------------------------------------------|-------------------|
| Clinique chirurgicale.....                         | MM. TEDENAT (*).  |
| Clinique médicale.....                             | CARRIEU.          |
| Clinique des maladies mentales et nerveuses.....   | MAIRET (*).       |
| Physique médicale.....                             | IMBERT.           |
| Botanique et histoire naturelle médicales.....     | GRANEL.           |
| Clinique chirurgicale.....                         | FORGUE (*).       |
| Clinique ophtalmologique.....                      | TRUC (O. *).      |
| Chimie médicale.....                               | VILLE.            |
| Physiologie.....                                   | HEDON.            |
| Histologie.....                                    | VIALLETON.        |
| Pathologie interne.....                            | DUCAMP.           |
| Anatomie.....                                      | GILIS (*).        |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..... | ESTOR.            |
| Microbiologie.....                                 | RODET.            |
| Médecine légale et toxicologie.....                | SARDA.            |
| Clinique des maladies des enfants.....             | BAUMEL (*).       |
| Pathologie et thérapeutique générales.....         | BOSC.             |
| Hygiène.....                                       | BERTIN-SANS (H.). |
| Clinique médicale.....                             | RAUZIER (*).      |
| Clinique obstétricale.....                         | VALLOIS.          |
| Thérapeutique et matière médicale.....             | VIRES.            |
| Anatomie pathologique.....                         | N.....            |

*Professeurs adjoints :* MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

*Doyen honoraire :* M. VIALLETON.

*Professeurs honoraires :* MM. E. BERTIN-SANS (\*), HAMELIN (\*), GRASSET (O. \*).

*Secrétaire honoraire :* M. GOT.

## Chargés de Cours complémentaires

|                                               |                               |
|-----------------------------------------------|-------------------------------|
| Clinique gynécologique.....                   | MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.   |
| Accouchements.....                            | PUECH, profes.-adjoint.       |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....        | MOURET, profes.-adj.          |
| Pathologie externe.....                       | LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.  |
| Clinique des maladies des voies urinaires.    | JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.  |
| Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées... | VEDEL, agr. lib. ch. d. c.    |
| Médecine opératoire.....                      | SOUBEYRAN, ag. lib. ch. d. c. |
| Clinique annexe des maladies des vieillards.  | EUZIERE, agrégé.              |
| Accouchements.....                            | P. DELMAS, agrégé.            |

## Agrégés en exercice

|                 |               |                     |
|-----------------|---------------|---------------------|
| MM. GALAVIELLE. | MM. CABANNES. | MM. RIMBAUD.        |
| GRYNFELTT.      | DERRIEN.      | ROGER.              |
| LAGRIFFOUL.     | P. DELMAS.    | ETIENNE.            |
| LEENHARDT.      | MASSABUAU.    | LISBONNE.           |
| GAUSSEL.        | EUZIERE.      | MARQUÈS (ch. d. f.) |
| RICHE.          | J. DELMAS.    |                     |

## Examineurs de la thèse :

|                         |                      |
|-------------------------|----------------------|
| MM. RAUZIER, Président. | MM. GAUSSEL, Agrégé. |
| ESTOR, Professeur.      | ROGER, Agrégé.       |

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON CHER PÈRE ET A MA CHÈRE MÈRE

*Vive reconnaissance.*

A MES FRÈRES

A MONSIEUR LE DOCTEUR ZARTZINE

*Son élève reconnaissante.*

G. MINSKER.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Dont l'enseignement clinique me  
fut si précieux, j'adresse ici l'hommage  
de ma reconnaissance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

*En souvenir de son enseignement si  
clair et si bienveillant. Respectueux  
hommage.*

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GAUSSEL

*Profonde reconnaissance.*

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROGER

*Qui a bien voulu me donner le  
sujet de cette thèse et m'aider de ses  
conseils.*

A TOUS MES MAÎTRES

G. MINSKER.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DES  
ŒDÈMES NÉVRITIQUES

---

INTRODUCTION

La question des polynévrites en général n'est pas trop ancienne. La première description des polynévrites appartient à Duménil (1864). Après lui ont apparu plusieurs autres travaux sur les névrites périphériques multiples surtout d'origine interne. Ces travaux ont permis de voir que l'étiologie est multiple et les formes cliniques très variables. Mais la production des œdèmes dans les polynévrites nous paraît une question encore plus récente. C'est d'elle que nous nous occuperons après avoir étudié dans un chapitre d'ensemble d'abord la pathogénie des œdèmes en général et après avoir fait ensuite une étude rapide des divers œdèmes d'origine nerveuse.

## CHAPITRE PREMIER

### PATHOGÉNIE DES OEDÈMES EN GÉNÉRAL

L'œdème n'est qu'une exagération d'un acte biologique de l'état normal, c'est-à-dire une infiltration séreuse du tissu cellulaire pouvant atteindre le tissu cellulaire sous-cutané et le tissu cellulaire des organes, mais cette infiltration se fait en quantité plus grande que normalement. La quantité d'eau renfermée dans l'organisme humain est égale aux deux tiers de son poids total. Cette eau se trouve répartie dans trois systèmes :

1° Système clos des vaisseaux sanguins et lymphatiques ;

2° Dans l'intérieur des cellules, soit dans la substance même des éléments anatomiques ;

3° Dans les interstices des tissus ou des cavités séreuses, ce que Ch. Achard appelle *système de circulation extra-vasculaire*, et qui joue le rôle d'intermédiaire, réservoir et régulateur entre les deux autres systèmes.

Ce système spécial soustrait ou donne aux deux autres systèmes du liquide quand ils en ont besoin et ainsi à l'état normal il assure un bon fonctionnement. La quantité de liquide renfermée dans ce système extravasculaire peut être variable dans les œdèmes.

Antérieurement on ne croyait le liquide de l'œdème constitué que par de l'eau et une faible quantité d'albumine (quatre à sept pour mille), et pour cela on ne voyait dans l'œdème qu'un phénomène mécanique ou inflammatoire.

Les expériences de Ranvier avaient ajouté un nouvel élément, l'élément nerveux ; Widal, dans ses travaux, a démontré la présence dans ce liquide du chlorure de sodium, ce qui ajoute au mécanisme de la formation de l'œdème un élément de circulation interstitielle ou intermédiaire, c'est-à-dire l'*élément trophique*. Ce que fait l'œdème peut aussi bien être étudié dans les phénomènes de nutrition que de circulation.

Le degré de l'œdème peut être très variable. Il y a des œdèmes qui ne sont pas appréciables à l'œil nu, mais qu'on peut constater par une pesée. Widal a vu cela chez les brightiques avant l'œdème apparent ; il l'appelle *prœdème*. On voit aussi, quelquefois, un tel œdème peu appréciable après la résorption d'un œdème prononcé.

Il existe plusieurs théories pathogéniques de l'œdème. Certains considèrent l'œdème comme la conséquence d'une stase sanguine ou lymphatique, donc il est dû à une gêne dans la circulation de retour.

*Œdème mécanique.* — Ranvier a montré que la stase sanguine et lymphatique ne suffit pas à elle seule et il faut y ajouter encore un *trouble nerveux*. Bright considère l'œdème comme d'origine dyscrasique.

*Œdème dyscrasique.* — Il s'appuyait sur ce fait que,

dans le brightisme, il y a une forte diminution d'albumine dans le sang et alors la sérosité sanguine passe beaucoup plus facilement à travers les vaisseaux et se place dans le système extra-vasculaire.

Cohnheim dit que l'œdème se produit grâce à l'altération des capillaires. Cette altération est due à l'action des substances toxiques produites dans l'organisme et contenues dans le sang. Trérich et Sénator considèrent que ces substances toxiques produisent une *vaso-dilatation* d'où œdème.

Heidenheim croit que l'œdème est le résultat d'une hypersécrétion déterminée par l'action lymphagogue de certaines substances toxiques du sang. Donc, d'après toutes ces théories, on devrait conclure que le sang et les vaisseaux jouent le principal rôle dans la production de l'œdème.

En 1854, Virchow a admis que l'œdème peut se produire par aspiration de liquide dans le système extra-vasculaire à la suite des troubles nutritifs.

Les notions relatives à la régulation de la composition du sang et au rôle que joue dans cette régulation la rétention dans les tissus des substances qui, ne pouvant s'éliminer, ont éclairé la pathogénie des œdèmes. Cela a été démontré grâce aux travaux de Ch. Achard et de ses élèves. Dans une expérience, Ch. Achard et Lœper ont d'abord supprimé temporairement l'excrétion rénale par la ligature des uretères et après ont injecté certaines substances dans les veines. Ces substances ne sont pas restées dans les veines mais ont traversé la paroi veineuse et se sont arrêtées dans le système extra-vasculaire. Dès qu'on a enlevé la ligature des uretères, ces substances ont de nouveau apparu dans le sang et dans l'urine. D'après Ch. Achard ce sont ces substances

passées dans le système extra-vasculaire qui appellent l'eau pour établir l'équilibre osmotique et l'œdème donc est le résultat de cet afflux de liquide. Hollion et Carrion en injectant dans les veines une solution très concentrée de chlorure de sodium ont déterminé l'œdème pulmonaire. Cohnheim et Lichtheim ont obtenu des œdèmes de différents degrés en injectant du liquide salé plus ou moins concentré et en quantité variable.

Toutes ces expériences ont donc pour but de démontrer que dans la production des œdèmes intervient l'action de l'osmose. Comme affirmation de cette théorie d'osmose, Ch. Achard cite le cas d'un malade de Chauffard : ce malade présentait de l'ictère, on le traita par des injections salines répétées. Après un certain nombre d'injections, il présenta de l'œdème ; on fit l'analyse des urines et on trouva une forte diminution des chlorures. On en a conclu que l'œdème est dû à la rétention des chlorures dans les tissus, et les chlorures, eux, appellent le liquide pour rétablir l'équilibre osmotique.

Widal et Javal ont établi qu'on peut faire disparaître les œdèmes par l'alimentation déchlorurée, ce que fait Widal dans les néphrites, maladies cardiaques, phlébites, ascites et cirrhoses. Les bons résultats thérapeutiques obtenus nous permettent de conclure que la rétention du chlorure de sodium joue le principal rôle dans la production des œdèmes de causes diverses.

D'après Courmont, le chlorure de sodium dans la production des œdèmes peut jouer un double rôle : actif ou passif, et avec combinaison chimique.

Courmont divise aussi les œdèmes en *actifs ou inflammatoires ou chauds* et *passifs ou froids*.

*Les premiers* sont ceux où le rôle actif est joué par le tissu conjonctif sous l'influence d'une cause locale, c'est-

à-dire située dans le tissu conjonctif même. Le type en est l'œdème local des inflammations.

*Les œdèmes passifs* sont ceux qui se laissent infiltrer grâce à l'action d'un autre organe comme le cœur, les reins, **système nerveux périphérique et central**, etc., d'où résultent les différentes formes d'œdèmes : cardiaque, rénal, *polynévritique*, etc.

Widal et Javal disent qu'il n'y a que le chlorure de sodium qui est susceptible de déterminer l'œdème, mais Ch. Achard suppose qu'il y a d'autres substances, et s'appuie sur certaines bases expérimentales et cliniques. Ch. Achard a déterminé un œdème considérable chez un lapin en lui injectant une dose massive de solution très concentrée de sulfate de sodium dans les veines. La sérosité de l'œdème renfermait outre le sulfate de soude dilué un taux considérable de chlorure de sodium; ce qui témoigne d'un appel d'eau chlorurée dans les tissus où le sulfate de soude avait été déversé. Cet œdème se produit aussi bien si on introduit la solution de sulfate de sodium dans les tissus directement, ou par voie sanguine. Cet œdème est de cause purement osmotique et pas du tout dû à des troubles nerveux ou circulatoires. La rétention du chlorure de sodium dans ce cas est secondaire à la rétention d'autres substances dans les tissus. Cette rétention chlorurée secondaire existe aussi bien cliniquement.

Ch. Achard et Puisseau, à l'occasion de recherches sur la rétention de l'urée, ont pu observer chez deux malades en état de rétention urémique et soumis au régime déchloruré, qu'il se développait un œdème à la suite d'ingestion répétée d'urée. De même ils ont cité le cas d'une femme atteinte d'un cirrhose dont l'épanchement, presque résorbé, s'est vite reproduit à la suite d'une injection

dans la séreuse d'un peu de solution concentrée d'urée.

Des phénomènes analogues ont été vus par Ch. Achard à la suite d'une injection de bicarbonate de soude chez les diabétiques.

Widal, malgré ces expériences, dit que, de toutes les substances alimentaires, le chlorure de sodium est le seul qui puisse vraiment compter dans la pathogénie des œdèmes, et cela est certain.

Donc, dans la pathogénie des œdèmes on a fait intervenir des éléments multiples, comme la perméabilité plus grande des capillaires, la tension et la masse plus grande de sang dans les vaisseaux, **l'action vaso-dilatatrice du système nerveux**, l'effet toxique de certaines substances non éliminées et tout spécialement du chlorure de sodium.

---

## CHAPITRE II

### LES OEDÈMES D'ORIGINE NERVEUSE

#### Oedèmes névrosiques

On peut dans quelques cas voir l'œdème dans certains syndromes placés parmi les névroses, comme dans la maladie de Parkinson ; dans la tétanie où l'œdème siège surtout aux articulations, dans le goître exophtalmique.

Dans l'*hystérie* il a été surtout décrit par Sydenham. Il y a deux formes d'œdèmes dans l'hystérie : *œdème blanc* (Sydenham) et *œdème bleu* (Charcot). Il existe aussi dans l'hystérie un œdème à forme de pseudo-phlegmon. C'est d'abord un gonflement pâle, puis il prend l'aspect phlegmoneux. L'œdème est simple et ne comporte par d'autres phénomènes ou il s'accompagne de refroidissement parfois très marqués comme dans l'œdème bleu. Il existe de même dans ce cas de l'en-

gourdissement et de la douleur. Tous ces faits ne sont pas considérés actuellement comme de nature hystérique et on dit que l'œdème, dans l'hystérie, est le résultat, soit d'une fraude, soit d'un trouble concomitant.

On voit un tel œdème dans la maladie de Quincke. On appelle aussi cet œdème : *œdème angioneurotique aigu*. C'est un œdème circonscrit qui survient par accès, se localise le plus souvent dans la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et plus rarement sur les muqueuses. Cet œdème se présente sous forme d'élevures arrondies, de coloration bleuâtre ou rosée, de consistance élastique et ne laisse pas de godet. Cet œdème est indolore et siège surtout sur les parties découvertes, sur les extrémités, au voisinage des articulations, mais peut siéger aussi sur la face et le tronc ; son évolution est rapide, *présente souvent des récidives*, caractère essentiel.

La récidive se place souvent à l'endroit où se trouvait l'œdème antérieur. Très fréquemment, chez la femme, les accès d'œdème correspondent aux époques menstruelles. Les œdèmes peuvent s'accompagner de purpura. Si cet œdème se localise sur la muqueuse stomacale, le malade présente alors des crises de douleur gastrique et des vomissements que Quincke considère comme de l'urticaire chronique. Quand l'œdème atteint la muqueuse intestinale, il provoque de la constipation. La localisation laryngée détermine de la dyspnée, de l'aphonie et parfois même la suffocation. Si l'œdème se place sur la muqueuse de la glotte il donne les accès de faux croup. Dans l'étiologie de cette maladie on fait entrer le froid, le surmenage, le rhumatisme, le paludisme dans les antécédents personnels, différentes intoxications. On croit aussi que l'hérédité dans la maladie de Quincke joue un rôle considérable. *L'élément*

*pathogénique le plus important est un trouble du système nerveux.* Dans le traitement de cet œdème, on s'adresse surtout au traitement du système nerveux en général.

### Œdèmes dans les maladies nerveuses organiques

Nous avons déjà dit plus haut que Ranvier fait intervenir dans les œdèmes l'action du système vaso-moteur. Portal, Lallemand, Gintrac ont déjà noté l'œdème dans certaines maladies du système nerveux.

AFFECTIONS CÉRÉBRALES. — Les œdèmes dans les affections cérébrales comme l'hémorragie ou le ramollissement peuvent être *précoces*, survenant quelques jours après l'ictus et accompagnés d'une élévation de température ; ces œdèmes sont alors franchement la conséquence des *troubles vaso-moteurs*. Ces œdèmes sont souvent transitoires. Ils peuvent être *tardifs* et sont consécutifs aux altérations vasculaires. Les œdèmes se rencontrent aussi dans les tumeurs cérébrales.

Dans les hémiplegies d'origine cérébrale on voit aussi quelquefois survenir l'hémioœdème qui est souvent transitoire. La pathogénie de ces œdèmes n'est pas toujours la même. Les uns relèvent de la même lésion que l'hémiplegie, les autres sont dus à des éléments surajoutés, c'est-à-dire dus à une atteinte cardiaque ou rénale concomitante et pour lesquels la lésion cérébrale joue un rôle de simple facteur de localisation.

En général on subdivise au point de vue pathogénique les œdèmes dans les hémiplegies cérébrales en trois groupes :

1° OEdèmes les plus fréquents, qu'on observe dans l'hémiplégie déjà ancienne. Ces œdèmes sont durs, ne se dépriment jamais en godet, ne sont pas trop volumineux ; ils s'accompagnent souvent d'autres troubles trophiques de la peau, des ongles et des poils. *Ces œdèmes sont dus à des troubles circulatoires.*

2° Dans le deuxième groupe, l'œdème apparaît après une hémiplégie plus récente et *est le résultat d'une atteinte directe du système vaso-moteur.* C'est un œdème mou, volumineux, il garde l'empreinte du doigt et peut s'accompagner aussi d'autres troubles trophiques.

3° Dans le troisième groupe, l'œdème est simplement dû à une lésion cardiaque ou rénale, mais l'œdème se localise plus facilement sur une partie du corps déjà paralysée pour se généraliser ensuite. M. Euzière a communiqué dans la séance du 30 avril 1909 de la « Société des sciences médicales de Montpellier, 1909-1910 » un cas d'hémiœdème chez un hémiplégique qui était atteint en même temps d'une lésion cardiaque. La malade atteinte de hémiœdème et d'une hémiplégie dont M. H. Roger a cité le cas à la suite de cette communication, était atteinte aussi d'une lésion cardiaque. Elle était restée couchée tout le temps de sa maladie sur le côté paralysé. Il est probable que dans ce cas cet œdème unilatéral était commandé à la fois par la lésion nerveuse, cardiaque et par l'attitude.

AFFECTIONS MÉDULLAIRES. — On observe quelquefois l'œdème dans la myélite aiguë. Dans le tabes où l'œdème se place sur les membres déjà atteints d'arthropathie, l'œdème peut précéder ou suivre l'arthropathie. Cet œdème est dur et son caractère spécial est qu'il apparaît tout d'un coup. On voit aussi l'œdème dans la syringo-

myélie ; il prend part dans la formation de la main succulente de Marie et Marinesco. Ici l'extrémité atrophiée est comme gorgée de sucs. Cet œdème est aussi dur et ne laisse pas de godet. Il présente aussi une forme pseudo-éléphantiasique comme dans le tabes. L'œdème est ici persistant quoique soumis à des variations lors de l'affection organique.

---

## CHAPITRE III

### LES OEDÈMES NÉVRITIQUES

Plusieurs expériences ont été faites pour montrer que les lésions du système périphérique peuvent déterminer les œdèmes. Ranvier, après la ligature de la veine fémorale, n'a obtenu l'œdème que lorsqu'il a sectionné le nerf grand sciatique. Herbert Mayo a vu l'œdème apparaître à la suite de la section de la cinquième paire nerveuse. L'œdème de la face s'est produit dans la partie correspondante au trajet du nerf et de ses ramifications. Bridgé a noté une tendance aux épanchements séreux après la section du nerf grand sympathique. Roger et Josué ont lié chez le lapin les trois veines auriculaires, ils ont sectionné le grand sympathique, exposé à l'air le ganglion cervical supérieur. L'œdème ainsi obtenu a commencé à apparaître une demi-heure après l'opération et a disparu deux heures après.

*Grâce à ces expériences nombreuses nous pouvons*

*conclure que l'œdème névritique est dû à des troubles vaso-moteurs surtout.*

En clinique les œdèmes névritiques peuvent se développer à la suite des plaies, des contusions des nerfs, des névralgies du trijumeau, sciatique, etc. Ils accompagnent les formes limitées des névrites comme les formes généralisées des *polynévrites*.

### **Etiologie et étude clinique des œdèmes polynévritiques**

M<sup>me</sup> Déjerine-Klumpke décrit dans l'étiologie des polynévrites trois groupes :

- 1° Intoxications exogènes ;
- 2° Intoxications endogènes ;
- 3° Infections.

*Intoxications exogènes* par l'alcool, plomb, arsenic, phosphore, mercure, etc. Le plomb demande une action longue ou une accumulation; voilà pourquoi la polynévrite saturnine peut apparaître après tout contact avec le plomb. Les polynévrites saturnines sont susceptibles de récidiver à la suite d'une altération profonde du tissu nerveux.

*Intoxications endogènes* : Rhumatisme articulaire chronique qu'on considère aussi comme maladie infectieuse, maladies cachectiques, néphrite interstitielle, athérome, cirrhose hypertrophique.

*Infections*. — Les agents infectieux des polynévrites n'ont rien de spécifique et le plus souvent ils exercent leur action sur les nerfs périphériques. La polynévrite se voit quelquefois pendant la convalescence de certaines maladies infectieuses. La polynévrite peut se

montrer pendant la période d'état de la maladie et même être le symptôme dominant; mais le cas le plus fréquent est quand la polynévrite se manifeste après la symptomatologie complète d'une maladie infectieuse. La polynévrite est une complication fréquente de la grippe. On voit la polynévrite se développer dans le rhumatisme articulaire aigu, la diphtérie, la blennorrhagie, le paludisme, la variole, la scarlatine. Dans la fièvre typhoïde, la polynévrite se développe au cours de la convalescencè. Nous avons vu un cas, dans le service de M. le professeur Rauzier, d'une femme atteinte de polynévrite des quatre membres post-typhique. Après un traitement énergique, elle garda encore une certaine impotence des membres inférieurs accompagnée de troubles pseudo-hypertrophiques. La polynévrite peut se montrer après une érysipèle, infection puerpérale, pendant la deuxième période de la syphilis.

Un rôle important dans l'étiologie des polynévrites est joué par le *traumatisme*. Son rôle est d'autant plus grand dans la production des œdèmes qui peuvent accompagner les polynévrites. Il provoque une forte attrition de tous les tissus de la région qui a subi le traumatisme. Le traumatisme peut aussi ouvrir la porte aux agents infectieux ou toxiques. Quant à l'âge, on a constaté que les polynévrites, peu fréquentes chez les enfants, sont plus fréquentes chez les adultes. Les polynévrites s'observent surtout chez les vieillards. Les œdèmes accompagnent les polynévrites chez eux avec une grande facilité.

J'ai donné une description détaillée de l'étiologie des polynévrites pour bien indiquer toutes les conditions dans lesquelles apparaissent les œdèmes névritiques, car toutes ces diverses polynévrites peuvent avec plus ou

moins grande fréquence s'accompagner d'œdème. Le plus souvent on rencontre l'œdème dans les polynévrites traumatiques. Cela s'explique, peut-être, par ce fait que les vaisseaux sanguins et lymphatiques dans ce cas sont plus atteints que dans les autres formes de polynévrites. L'œdème est ici persistant, assez dur et reste localisé au territoire des troncs nerveux malades. Dans les polynévrites alcooliques, on rencontre l'œdème plus fréquemment aux membres inférieurs. Les œdèmes dans les polynévrites post-typhiques ne sont pas une chose très rare non plus. On peut considérer comme une forme particulière d'œdème polynévritique la tumeur dorsale de la main qu'on observe quelquefois dans les polynévrites saturnines, quoique cette tumeur ne soit pas considérée par tout le monde comme de l'œdème. Certains auteurs disent que cette tuméfaction appartient à l'os ; mais la radiographie démontre qu'elle n'est pas du tout d'origine osseuse. C'est plutôt une association d'une synovite hypertrophiante avec tuméfaction des tissus environnants. Dans le cas cité par MM. Roger et Baumel (Soc. des sc. méd. Montp., 1912), la tuméfaction siège au niveau de la diaphyse des 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> phalanges. Elle est absolument indolente et *doit être considérée comme due aux troubles vaso-moteurs.*

Je n'ai pas besoin d'insister beaucoup sur les œdèmes qu'on peut rencontrer dans le zona ; voici sur ce point les quelques considérations qui accompagnent l'observation très démonstrative de M. H. Roger et que l'on trouvera plus loin. Les troubles trophiques qui accompagnent le zona sont assez rares pour que nous y insistions un peu ; ils nous ont paru peut-être plus fréquents dans le zona brachial que dans ses autres localisations. Ils peuvent être limités à la peau, où ils déterminent de

l'œdème et du glossyskin : ils peuvent aboutir à la gangrène, comme dans un cas de Léger où un zona très douloureux de l'avant-bras et de la main avait entraîné la production d'une escarre au niveau du pouce gauche. Dans d'autres cas ils atteignent même jusqu'aux os.

Rose a communiqué récemment, à la Société de Neurologie, la photographie d'un cas assez superposable aux nôtres : « Femme de 67 ans ; zona de la face externe du bras et du pouce, douleur persistante dans l'épaule et les mains, œdème trophique de la face postérieure de l'avant-bras et du dos de la main, mais où il existait en outre des troubles trophiques des os de la main droite très nets à la radiographie et ressemblant à l'ostéite du début de certains rhumatismes chroniques. »

D'où le rapprochement que les auteurs établissent suivant les idées de Lejonne avec l'origine névritique de certains rhumatismes chroniques. On cite aussi des cas où l'œdème polynévritique n'est pas localisé mais au contraire sous forme de l'anasarque. Déjerine et Miraillié (*Revue de Médec.*, 1897) ont observé de l'anasarque chez un homme de 50 ans atteint de polynévrite systématisée motrice des quatre membres de nature infectieuse indéterminée ; les reins et le cœur étaient sains. Une crise polyurique a amené la guérison de cet œdème, que les auteurs attribuent à la névrite des vaso-moteurs.

L'œdème dans les polynévrites peut être dû non seulement à la polynévrite mais aussi être la conséquence de l'association de la polynévrite avec une autre maladie locale ou générale quelconque, ce que nous trouvons justement dans l'observation publiée par MM. H. Roger et J. Baumel et qu'on trouvera dans notre thèse. Le malade présente à la fois une polynévrite et une lésion cardiaque. Il est bien possible que la polynévrite ait préparé

un terrain plus favorable à la production des œdèmes d'origine cardiaque. Le contraire pourrait aussi bien se produire. La chose qui nous paraît la plus admissible c'est qu'elles ont agi toutes les deux à la fois. De même on cite des cas d'œdème chez des malades atteints à la fois d'une maladie dyscrasique et de polynévrite où il n'est pas plus facile de savoir quel est l'élément provocateur des œdèmes.

La production des œdèmes n'empêche pas du tout les autres symptômes de polynévrite de se montrer avec leur plus grande netteté. L'œdème d'abord va toujours ensemble avec les autres troubles trophiques comme le glossyskin. Les troubles trophiques et vaso-moteurs peuvent déterminer un gonflement douloureux des articulations tellement considérable qu'on peut facilement le confondre avec un rhumatisme articulaire subaigu et que Déjerine considère comme le pseudo-rhumatisme. On voit aussi souvent la cyanose de la peau d'autant plus fréquemment qu'elle est le siège d'un œdème. Il y a de même gangrène. Parmi les troubles moteurs, la paralysie flasque portant surtout sur l'extrémité du membre et suivant la forme de la polynévrite peut être unilatérale ou symétrique. Il y a aussi atrophie musculaire qui peut amener la déformation du membre. Les réflexes sont abolis. Il y a des signes de dégénérescence électrique ; comme troubles sensitifs : douleurs, hyperesthésie ou hypoesthésie. Déjerine dit même qu'on peut voir la dissociation de la sensibilité.

Parmi les cas de polynévrites où l'œdème fait partie du tableau des symptômes, il ne se produit pas tout à fait au commencement de la maladie, mais apparaît quand une certaine impotence du membre existe déjà ; il peut aussi être la première manifestation de la poly-

névrite, c'est-à-dire se montrer quand tout autre signe n'existe pas encore, ce qu'ont justement constaté MM. Roger et Baumel dans leur observation.

### Traitement

Tout d'abord l'œdème lui-même sans traitement aucun peut diminuer de plus en plus et évoluer vers la guérison. Malgré cela, il y a toujours des indications nécessaires à remplir pour hâter et favoriser la guérison. De plus la guérison spontanée risque ici de donner beaucoup de mécomptes ultérieurs comme la déformation d'un ou plusieurs membres, forte atrophie musculaire, etc. Le traitement est différent s'il s'agit d'un œdème consécutif à une polynévrite seule ou associée avec d'autres lésions organiques (vasculaires, rénales). Dans le traitement de l'œdème de la polynévrite simple, il semble qu'on doit faire absolument la même chose qu'on aurait fait si la polynévrite n'était pas accompagnée d'œdème.

On subdivise le traitement en traitement de l'état général et local. L'un comme l'autre doivent toujours aider à la restauration anatomique des nerfs, vaisseaux sanguins et lymphatiques et de tous les autres tissus.

*Traitement général.* — Il a toujours pour but de favoriser la réparation anatomique. Il faut tout d'abord améliorer l'état général par une alimentation qui renferme peu de toxines et est en même temps un bon reconstituant. Il faut surtout supprimer l'alcool qui a une mauvaise action sur les nerfs. Raymond conseille la balnéation qui est un bon stimulant de la nutrition des centres nerveux, même la strychnine en injection sous-cutanée

(2 milligr. par jour en deux fois). On conseille aussi pour favoriser la résorption des œdèmes polynévritiques les cures thermales, surtout Lamalou.

*Traitement local.* — Dans le cas d'œdème polynévritique d'origine traumatique avec perte de substance, il faut tâcher autant que possible de protéger la région contre une nouvelle infection. S'il n'y a aucune perte de substance, on fait le même traitement pour toutes les formes de polynévrites. On commence par faire le massage méthodique avec douceur. On peut faire des frictions de la peau, des affusions froides pour exciter les terminaisons nerveuses. L'électricité est dans ce cas très utile. On emploie, soit le courant galvanique à faible intensité (5 à 10 milliampères) et avec des séances de 5 à 10 minutes environ. Cela donne souvent de très bons résultats. On emploie le courant galvanique quand la contractilité des muscles au courant faradique est abolie, sinon on a recours au courant faradique dont la fréquence ne doit pas être trop grande. S'il y a une forte douleur on est quelquefois obligé d'avoir recours à d'autres moyens qui ont pour but de calmer la douleur comme les badigeonnages à l'aide de pommade belladonnée, de baume tranquille ou de salicylate de méthyle, après quoi les membres seront recouverts d'une mince couche de ouate. Parfois on prescrit même, quand il y a de très fortes douleurs, comme dans le zona, les médicaments antinévralgiques : des doses légères d'aspirine, d'antipyrine, de pyramidon, de quinine et même, si les crises paroxystiques sont trop violentes, on sera obligé de faire quelques injections de morphine.

Il faut aussi dans les polynévrites avec œdème, encore plus que dans les polynévrites sans œdème, éviter la défor-

mation des membres. Pour cela il faut faire faire au malade des mouvements progressifs, c'est-à-dire il doit tâcher de remuer les doigts, de s'asseoir dans le lit, de fléchir les articulations, etc. L'hydrothérapie est un bon moyen dans l'œdème polynévritique.

Dans les cas d'œdème dû à l'association de la polynévrite d'une autre lésion organique, on est souvent forcé de renoncer au traitement de la polynévrite pour suivre le traitement d'une nouvelle indication ; ce qu'on a fait chez le malade de MM. Roger et Baumel en lui donnant de la digitaline et de la théobromine et supprimant l'électrothérapie jusqu'à ce que les phénomènes cardiaques inquiétants se soient améliorés. et on a pu reprendre le traitement antérieur de son œdème polynévritique.

---

# OBSERVATIONS

## OBSERVATION I

(Docteur Roger. — Société des sciences méd. de Montp., 1910)

**Zona brachial avec troubles douloureux persistants  
et troubles trophiques chez un vieillard.**

S... Louis, âgé de 66 ans et exerçant encore la profession de cultivateur, avait présenté en septembre 1909 quelques douleurs au niveau de la face dorsale du poignet droit et au niveau de l'épaule. Quelques jours après le début des douleurs était survenue, au niveau du bras, une éruption assez discrète de type vésiculeux, ayant laissé une cicatrice.

Depuis lors le malade continue à souffrir de son membre supérieur droit; ces douleurs prédominent à la périphérie : face dorsale et externe de l'avant-bras et de la main. Elles sont parfois très violentes et prennent alors le type d'éclancement, débutant dans les quatre premiers doigts (auriculaire excepté) et s'irradiant de là jusqu'à

l'épaule et même à la partie étroite du thorax. Elles sont devenues fréquentes et si insupportables que depuis quelques jours le malade a perdu tout sommeil.

A l'examen du membre (30 octobre 1909), l'on est frappé par l'œdème de la main, surtout marqué à la face dorsale ; les doigts sont gonflés, boudinés, immobilisés dans la rectitude. La peau est luisante, offre le type de « glossyskin ». L'avant-bras est lui aussi augmenté de volume. La circonférence mesure 2 centimètres de plus que du côté gauche. L'examen minutieux du membre permet d'apercevoir, sous formes de cicatrices rougeâtres, les restes de son éruption au niveau de l'avant-bras et du bras, sur leur bord radial.

A peu près tout le membre est douloureux à la pression, mais ce sont surtout la face postérieure de l'avant-bras et de la main qui sont prises. De même la mobilisation passive des articulations des doigts et du poignet est très pénible, tandis que les mouvements du coude et de l'épaule sont indolores. Ce membre est frappé d'impotence incomplète. Cette impotence doit en très grande partie être rapportée à la douleur, mais il existe cependant un certain degré de parésie.

## OBSERVATION II

(Docteur Roger. — Société des sciences méd. de Montp., 1910)

**Zona brachial avec troubles douloureux persistants  
et troubles trophiques chez un vieillard.**

Dup... Jean, âgé de 77 ans, concierge, a présenté une histoire tout à fait analogue au précédent, sauf qu'elle

se rapporte au membre opposé, au membre supérieur gauche.

Début également, en septembre 1909, deux mois avant l'entrée à l'hôpital, par une éruption et des douleurs dans le membre supérieur gauche. L'éruption occupait le pouce, la partie externe de l'avant-bras, la partie postérieure de l'épaule; elle était formée de vésicules qui se sont assez rapidement desséchées.

Mais il persiste à l'entrée, en novembre, de la douleur, de l'impotence et de l'œdème. La douleur est surtout violente à la palpation du pouce et de l'épaule; l'impotence est très marquée, les mouvements sont difficiles et douloureux. L'œdème est très accentué à la main et aux doigts, il en existe aussi au reste du membre, puisque sa circonférence mesure au poignet 2 centimètres de plus que du côté sain; au coude 1 centimètre et demi; au bras 3 centimètres.

Les réflexes sont vifs. La sensibilité est légèrement diminuée au niveau des doigts.

### OBSERVATION III

(H. Roger et J. Baumel.— Soc. des sciences méd. de Montpellier,  
séance du 10 mai 1912)

#### Polynévrite et œdème

Le 3 février 1912 entre dans le service de M. le professeur Rauzier, le nommé B..., âgé de 41 ans, commerçant à Bastia (Corse), qui se plaint de troubles moteurs et d'œdèmes portant sur les membres inférieurs.

Les œdèmes des membres inférieurs ont débuté vers le 5 décembre 1911. A ce moment le malade a été mis au régime déchloruré. Urine normale, cœur un peu mou, réflexes rotuliens diminués. L'état général n'était pas touché. Il n'y avait ni fièvre, ni perte d'appétit. L'œdème ne diminuant pas, un deuxième docteur est consulté qui confirme le régime institué, et finalement le malade va, vers le 1<sup>er</sup> janvier 1912, consulter le professeur Queirol (de Pise). Ce dernier consultant parle, au dire du malade, de compression des vaisseaux abdominaux par une hypertrophie ganglionnaire et prescrit de la liqueur de Fowler. Ce traitement est suivi par B... jusqu'au 15 janvier. Disons en passant que B... était allé de Bastia à Pise tout seul, effectuant la traversée sans aide et sans soutien.

Le 15 janvier, brusquement, B... s'aperçoit que ses jambes sont faibles; il éprouve de la difficulté pour marcher, quoique les œdèmes aient un peu diminué, et note une sensation très nette de dérobement des membres inférieurs. La veille, l'état était normal. B... se portait très bien. Le docteur Agostine aurait constaté une diminution légère de la sensibilité portant sur les membres inférieurs. A partir de ce moment apparaissent des fourmillements légers jusque dans les doigts. *L'impotence* s'accroît progressivement pour en arriver à l'état actuel.

*Actuellement*, la marche n'est possible que si B... écarte les jambes, élargissant ainsi sa base de sustentation, et encore, dit-il, obligé de se servir d'une canne. Malgré ce on note quelques chutes survenant par brusque dérobement des jambes. Le malade dit faire dans son lit tous les mouvements des membres inférieurs d'une façon à peu près normale, de même ceux du tronc.

Du côté des membres supérieurs, la force est normale dans les bras. B... se plaint d'une légère diminution de force du côté des mains. Il peut s'asseoir facilement, parle et avale correctement.

Du côté de la sensibilité, B... sent les draps et leur fraîcheur; il n'y a pas de fourmillements dans les pieds. On note quelques fourmillements dans les mains, mais on ne relève aucune douleur nulle part.

Le sommeil est bon; il n'y a pas de cauchemars.

Les sphincters fonctionnent bien.

La vue est normale.

Il n'y a pas de troubles intellectuels.

Pas de plaies nulle part, pas de troubles trophiques.

Du côté de l'appareil circulatoire, pas de palpitations, pas d'essoufflements, pas de varices.

L'appétit est conservé; cependant, depuis qu'il est en voyage, B... a vomi plusieurs fois. Ces vomissements se sont produits chaque fois longtemps après l'alimentation, étaient un peu aigres, sans sensation d'agacement des dents, on note quelques aigreurs d'estomac sans vomissements. Légère constipation. Cure à Vichy.

B... ne tousse ni ne crache.

Il n'y a pas de fièvre depuis le début, mais un amaigrissement de 7 kilogr.; le poids, qui était de 75, est passé à 68.

Comme *antécédents personnels*, nous ne relevons qu'une crise de colique hépatique, il y a trois ans, pendant sept jours, avec léger ictère. Jamais d'œdèmes avant la maladie actuelle. Pas la moindre spécificité, une orchite à 21 ans et un *échauffement* en septembre dernier, pas d'éthylisme, du tabagisme intense, un paquet de

tabac par jour en moyenne. B... a toujours mené une vie active, très sportive.

Du côté des *antécédents héréditaires*, nous ne relevons aucune paralysie dans la famille.

En résumé, nous nous trouvons en présence d'un homme de 41 ans, possesseur d'une bonne santé habituelle, qui, depuis le 7 ou 8 décembre, présente des œdèmes des membres inférieurs, et qui, depuis le 15 janvier, a été frappé d'impotence fonctionnelle du côté de ses membres avec légère diminution de force dans les extrémités des membres supérieurs.

L'examen pratiqué le 3 février 1912 nous montre que la démarche est incertaine ; le malade lance un peu les jambes et marche le corps ployé en avant ; cependant, il marche tout aussi facilement en regardant ou en ne regardant pas ses pieds.

Au lit, le malade exécute avec force et sans hésitation les mouvements de flexion et d'extension de la cuisse sur le bassin et du bassin sur la cuisse ainsi que les mouvements d'ensemble des membres inférieurs. Cependant l'abduction de la cuisse et l'extension du genou sont plus faibles. Léger degré de Romberg.

Du côté des pieds, la gêne est plus accentuée, *l'extension du pied est impossible*, la flexion très difficile, les doigts du pied ne pouvant pas être remués.

Il n'y a pas d'incoordination, même les yeux fermés. B... peut très bien poser une jambe sur l'autre, il ne perd ses jambes dans son lit. Les membres supérieurs sont très musclés, tous les mouvements sont possibles et très forts dans les épaules et les bras. Du côté de la main, la force est moindre à droite qu'à gauche. Il y a une diminution notable dans la force des doigts, observée en faisant rapprocher le pouce du médius ; cette

diminution est encore plus marquée à droite qu'à gauche. Il n'y a pas d'incoordination. Le larynx et le voile du palais sont normaux. B... siffle, souffle, grimace très bien ; les yeux ont une mobilité normale.

La sensibilité à la piqure, au chaud et au froid, est normale, tant aux membres supérieurs qu'inférieurs.

Il n'y a plus d'anesthésie en selle. La sensibilité profonde est également conservée (pression du tendon d'Achille, du creux épigastrique). Il y a de la douleur à la pression profonde des muscles des membres inférieurs, pas de douleurs dans les membres supérieurs.

La réflexivité des tendons rotuliens et achilléens est abolie, il n'y a pas de trépidation épileptoïde. Réflexe plantaire en flexion à gauche, absent à droite.

Les réflexes des membres supérieurs sont normaux.

Du côté des yeux les pupilles sont égales, régulières, moyennement dilatées et contractiles.

La trophicité musculaire est diminuée du côté des membres inférieurs, pas d'atrophie des éminences thénar.

Pas de Kernig. Signe de Lasègue très net.

L'examen des autres appareils nous montre une langue sale, rien du côté de l'appareil respiratoire. Légère tachycardie, pouls à 112, avec éclat diastolique à l'aorte et tension artérielle à 16. Il n'y a rien d'anormal dans les urines.

Une ponction lombaire pratiquée le 4 février décèle une tension céphalo-rachidienne normale, le liquide est légèrement coloré (il y a un peu de sang) ; l'examen chimique donne 0,50 d'albumine par litre (ce qui dépasse un peu la normale), et la numération des leucocytes à la cellule de Nageotte montre 1,8 par millimètre cube. Donc pas de réaction appréciable.

La réaction de Wassermann faite par M. Lagriffoul est négative.

L'examen électrique montre une excitabilité à peu près normale pour les membres supérieurs, une inexcitabilité galvanique et faradique pour le vaste interne des deux côtés, une diminution de l'excitabilité galvanique et faradique pour les jambier antérieur, jumeau interne, péroné latéral à droite, une inexcitabilité faradique pour les jumeau interne et péroné latéral gauche.

Traitement électrique.

Le 10 février, depuis deux ou trois jours, l'*œdème des membres inférieurs* a apparu léger surtout à gauche ; mais les jours suivants, il augmente, c'est un œdème mou qui remonte au-dessus des genoux. Il n'y a cependant rien à l'appareil circulatoire, et simplement de légères traces d'albumine du côté des urines. Le pouls est à 104.

Les jours suivants, le malade se lève, va et vient au bras d'un infirmier, il constate une diminution de force dans la mobilité d'ensemble des membres inférieurs, mais remue davantage les doigts du pied.

Le 20 mars, depuis quelques jours les mouvements sont revenus dans les membres inférieurs, mais le malade présente de l'anasarque (membres inférieurs, face, cou, tronc) et du galop du cœur droit. On installe un régime déchloruré, on supprime le traitement électrique, on donne de la digitaline pendant quatre jours.

Le 1<sup>er</sup> avril, l'œdème a diminué, le galop n'existe plus ; on donne de l'eupnine. Diverses analyses d'urine ont montré une quantité normale et pas d'albumine. La force des membres supérieurs est plus grande et B..., reconnaît qu'il se sert mieux de ses mains qu'à son arrivée. Les membres inférieurs sont lourds par suite de

l'œdème ; le pied est tombant, présente des mouvements limités mais plus forts, la marche se fait mieux, la sensibilité est normale, les réflexes rotuliens sont abolis, il n'y a pas d'incoordination motrice. Les sphincters fonctionnent toujours bien.

Le 3 avril, les œdèmes apparaissent avec anasarque, et cèdent à la digitaline et à la théobromine, le galop est bien moins net que précédemment ; le pouls à 96.

---

## CONCLUSIONS

Les œdèmes sont assez fréquemment d'origine nerveuse. On peut les voir dans les affections du système nerveux central (lésions centrales ou médullaires), dans les maladies du système nerveux périphérique, dans certaines névroses.

Les œdèmes d'origine névritique peuvent accompagner la plupart des névrites toxiques, infectieuses, surtout traumatiques.

On les voit parfois dans les névrites zonateuses, en particulier chez les gens âgés.

Les expériences de Ranvier établissent d'une façon indubitable l'influence des nerfs pour la production des œdèmes. Mais parfois d'autres facteurs s'y ajoutent : troubles cardio-vasculaires et rénaux.

L'œdème névritique survient à une période avancée de l'atteinte des nerfs, parfois il est plus précoce.

## BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD. — Pathogénie de l'œdème (Journal médical français, 15 janvier 1914).
- AFFICHARD. — Polynévrites éberthiennes (Th. Montpellier, 1911).
- BEIGNON. — Polynévrites typhiques (Th. Paris, 1910).
- BOVERI. — De la névrite hypertrophique familiale, type Pierre Marie (Semaine médicale, an XXX, n° 13, p. 145, 1910).
- COURMONT. — Pathologie générale, 2<sup>e</sup> édition, p. 631.
- CASTAIGNE et PAILLARD. — La maladie de Quincke (Journal médical français, 15 janvier 1914).
- DÉJERINE. — Séméiologie des affections du système nerveux, p. 1022.
- DÉJERINE-KLUMPKE (M<sup>me</sup>). — Des polynévrites en général et des paralysies et atrophies saturnines en particulier (Th. Paris, 1889).
- DUMÉNIL (de Rouen). — Contribution pour servir à l'histoire des paralysies périphériques et spécialement de la névrite (Gazette hebdomadaire, 1866).
- EUZIÈRE et CLÉMENT. — Un cas de hémioœdème chez un hémiplégique atteint d'une lésion cardiaque (Soc. des sc. méd. de Montp., 30 avril 1909).
- Nouveau traité de médecine et thérapeutique : Séméiologie nerveuse, p. 546.
- GRASSET. — Thérapeutique générale, t. IV, 1914, p. 408.
- Leçons de clinique médicale, 1896, p. 551.
  - Maladies du système nerveux (Art. Paralysies périphériques en général, p. 783).
- GRENAUX. — Polynévrites typhiques (Th. Paris, 1904).
- GLORIEUX. — Volumineux œdème de l'avant-bras et de la main (Revue neurologique, 1910, p. 242).

KLIPPEL et MALLET. — Panaris de Morvan unilatéraux. Œdème segmentaire du côté opposé. Troubles de la sensibilité à topographie radiculaire (Revue neurologique, 1911, p. 268).

LEPAGE. — Œdème névrotique, œdème hystérique (Revue médicale de Normandie, n° 20, p. 366, 25 octobre 1908).

LOEPER et LAUBRY. — L'œdème : Revue générale (Gazette des hôpitaux, 12 et 19 novembre 1904).

PERRIN. — Polynévrites (Th. Nancy, 1902, n° 21).

— Pathogénie des névrites (Arch. de physiologie, 1890).

ROGER. — Deux cas de zona brachial avec troubles douloureux persistants et troubles trophiques chez des vieillards (Soc. des sc. méd. de Montpellier, 25 novembre 1910, ou Montpellier médical, 1910, p. 619).

ROGER et J. BAUMEL. — Polynévrite et œdème (Soc. des sc. méd. de Montp., 10 mai 1912, ou Montp. méd., 1912, t. XXXV, p. 470 et 477).

— Polynévrite saturnine des extenseurs du poignet chez un mineur avec exagération des réflexes tendineux, tumeur dorsale de la main et hypertension artérielle. Quelques considérations sur le saturnisme dans les mines de plomb (Soc. des sc. méd. de Montp., 1911-1912).

VULPIAN. — Revue de médecine, 1883.

---

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :  
Montpellier, le 10 juillet 1914.

Le Recteur,  
Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :  
Montpellier, le 10 juillet 1914.

Le Doyen,  
MAIRET.

## SERMENT

---

*En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!*

---



